

Agnieszka Murzyn, Michał Mielimaka, Łukasz Müldner-Nieckowski

**PSYCHOTERAPIA SCHIZOFRENII: CELE, SKUTECZNOŚĆ, SPECYFIKA
ODDZIAŁYWAŃ. INDYWIDUALNA PSYCHOTERAPIA PSYCHODYNAMICZNA –
PRZEGLĄD LITERATURY
PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA: ITS AIMS, EFFECTIVENESS AND
SPECIFICITY. INDIVIDUAL PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY – A
LITERATURE REVIEW**

Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika Katedry: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik Zakładu: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

Streszczenie

W niniejszym artykule dokonano przeglądu obecnych w literaturze poglądów dotyczących psychoterapii schizofrenii, ze szczególnym uwzględnieniem celu leczenia, w zależności od prezentowanego podejścia terapeutycznego (a więc rozumienia istoty choroby), oceny skuteczności oraz specyfiki oddziaływań (w podejściu psychodynamicznym). Ze względu na trudności metodologiczne badań nad psychoterapią schizofrenii (ewolucja koncepcji schizofrenii, niejednorodność diagnozy, jak i stosowanych metod psychoterapeutycznych), przedstawiane tezy (szczególnie dotyczące relacji terapeutycznej) są oparte nie tyle na badaniach klinicznych, ile na wieloletnim doświadczeniu terapeutów, pracujących z pacjentami psychotycznymi, mają więc charakter opisowy i subiektywny. W pracy przedstawiono wybrane badania nad skutecznością podejścia psychodynamicznego, poznawczo-behawioralnego oraz psychoterapii grupowej w odniesieniu do efektów farmakoterapii w leczeniu psychoz. Opisano w niej historyczne aspekty rozumienia schizofrenii i zmieniające się poglądy dotyczące możliwości terapeutycznych, a także najczęściej spotykane trudności w pracy z pacjentem psychotycznym w indywidualnej psychodynamicznej psychoterapii, wynikające ze szczególnego miejsca znaczenia przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz procesów identyfikacji projekcyjnej w relacji terapeutycznej.

Summary

The present review is an attempt to report views on psychotherapy of schizophrenia present in literature, with particular emphasis on its targets (depending on the therapeutic approach and resulting different understandings of the essence of the disease), the effectiveness of therapy and specificity of interactions in the psychodynamic approach. Due to the methodological difficulties of research on psychotherapy of schizophrenia (the evolution of the concept of schizophrenia, the heterogeneity of diagnosis and the methods of psychotherapy), presented views – particularly for the therapeutic relationship – are rarely based on clinical trials. Most often they result from many years of experience of therapists working with psychotic patients and as such, they can be descriptive and subjective. The paper presents selected studies on the effectiveness of the psychodynamic and cognitive –behavioral approach in psychotherapy of schizophrenia and the effectiveness of group psychotherapy of schizophrenia, in relation to the effects of pharmacotherapy. It describes the historical aspects of the understanding of psychosis and how the views on application of psychotherapy to psychotic patients evolved in course of time. The most common difficulties in therapy with the psychotic patient in

individual psychodynamic psychotherapy are outlined, with special place due to the importance of transference, countertransference and projective identification processes in the therapeutic relationship.

Słowa kluczowe: psychoterapia schizofrenii, psychodynamiczny, skuteczność psychoterapii, przeciwprzeniesienie

Key words: psychotherapy of schizophrenia, psychodynamic, psychotherapy effectiveness, countertransference

Wprowadzenie

Antoni Kępiński pisał: „ (...) *nie znając dotychczas określonej etiologii schizofrenii, najbezpieczniej jest, jak się zdaje, przyjąć etiologię wieloczynnikową. (...) Tę zasadę wieloczynnikowości należy utrzymać też w programowaniu leczenia*” [1]. Podobną konkluzję przyjęto w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku na kongresie Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego w Mexico City. Zawieszono wówczas spór między zwolennikami organicznej i psychospołecznej przyczyny zaburzeń psychicznych i przyjęto koncepcję wzajemnego oddziaływania czynników genetycznych, niekorzystnych dla rozwoju indywidualnego wydarzeń i interakcji z otoczeniem, zwłaszcza w środowisku rodzinnym [2]. Gdyby przyjąć biomedyczny model schizofrenii (schizofrenia jako proces organiczny), należałoby skupić się na farmakologii, uznając psychoterapię jako metodę wspomagającą. Jeżeli zaś przyjąć, że przyczyna zaburzeń z grupy schizofrenii jest natury psychologicznej (dotyczy rozwoju osobowości bądź adaptacji interakcyjnej), należałoby założyć odwrotny porządek: leczenie farmakologiczne (lub inne biologiczne) uznać za objawowe, a wiodącą rolę przyznać psychoterapii [3]. Bezprzedmiotowość tego sporu uznaje dziś większość psychiatrów, propagując leczenie zintegrowane, oparte ma metodach farmakologicznych, psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych (jak rehabilitacja i edukacja) [4]. Warto jednak zaznaczyć, że programy treningowo-edukacyjne okazują się skuteczne dopiero wtedy, kiedy problemy emocjonalne i wewnętrzne konflikty ulegną harmonizacji i lepszemu rozumieniu przez pacjenta [5]. Prospektywne badania przebiegu schizofrenii [6], jak i wieloletnia kliniczna obserwacja, wskazują na celowość leczenia kompleksowego, którego elementy są dostosowane do indywidualnych cech i potrzeb pacjenta. Cechnicki pisze o konieczności scalenia w sobie przez terapeutę dwóch perspektyw: umiejętności zanurzenia się w wewnętrzny świat chorego oraz wrażliwości na zjawiska, które są jego realnym społecznym doświadczeniem [7].

Cele

Cele, jakie stawia sobie psychoterapia schizofrenii, można rozmaicie definiować. Kępiński za nadrzędny cel leczenia uznawał ułatwienie powrotu chorego do „wspólnego świata” [1]. Twórcy psychiatrii środowiskowej, inspirowani tą myślą, podejmują się zadania kształtowania nie tylko „terapeutycznej wspólnoty” z pacjentem w instytucji, ale i „wspólnej przestrzeni”, rozciągającej się na cały jego społeczny mikrosystem (obszar obejmujący m.in. rodzinę, mieszkanie, aktywację zawodową i społeczną, spędzanie czasu wolnego, rozwój osobisty) [7]. Terapeuci pracujący w różnych podejściach zgodnie dążą do zapobiegania nawrotom i poprawy jakości życia chorych. Różnice pojawiają się w definicji celów pośrednich, te zależą bowiem od interpretacji istoty psychopatologii [2]. W podejściu psychodynamicznym celem będzie udzielenie wsparcia i dostarczenie korektywnego doświadczenia, rozwiązanie emocjonalnych konfliktów pacjentów i unikanie sytuacji, które mogłyby spowodować regresję. Terapia poznawczo - behawioralna za najważniejsze uznaje opanowanie umiejętności podnoszących poziom życia społecznego, nabycie poznawczych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, rozwiązywania bieżących problemów i wypracowanie umiejętności kompensacji deficytów, wynikających z niewydolności

neuropoznawczej. W podejściu interpersonalnym istotne będzie wzmocnienie potrzeby więzi z innymi i rozwój umiejętności ich nawiązywania i podtrzymywania. Terapeuci rodzinni będą kłaść nacisk na zmianę równowagi psychologicznej rodziny, tak, aby była ona korzystna dla pacjenta i innych jej członków, udzielenie wsparcia i edukację. Psychoterapia integracyjna natomiast, jako całościowe, nieortodoksyjne podejście, aspiruje do połączenia elementów edukacyjnych, psychodynamicznych i interpersonalnych [2]. Niezależnie od wyodrębnionych powyżej nurtów terapeutycznych, w literaturze spotyka się także opis psychoterapii racjonalnej i romantycznej. Rozróżnienie to wynika raczej ze specyficznej mentalnej postawy wobec istoty choroby, niż z opartego na konkretnych teoretycznych przesłankach podejścia psychoterapeutycznego. Jak pisze Namysłowska, według nurtu racjonalnego, człowiek jest jednym z aspektów struktury rzeczywistości, co wymaga od niego podporządkowania się całości. Celem psychoterapii opartej na takim podejściu jest przystosowanie chorego do rzeczywistości. Rolą terapeuty jest podtrzymanie – wzmocnienie obron pacjenta, złagodzenie objawów oraz powrót do możliwości funkcjonowania w środowisku. Perspektywa ta nie wyklucza uleczałości, jednak docenia znaczenie czynników, ograniczających jej zakres [8,9]. Z kolei psychoterapia romantyczna, uznająca autonomię człowieka za absolutną nadrzędność, będzie dążyć do stworzenia pacjentowi szans uświadomienia sobie kim jest i czego doświadcza. Rolą terapeuty jest współuczestniczenie w przeżyciu „prawdy absolutnej psychozy”, przede wszystkim zaś osłabienie podstawowego dla schizofrenii dylematu, w którym bycie z kimś zagraża fuzją i zagładą osobowości, zaś bycie oddalonym przynosi samotność i pustkę. Psychoterapia ta (określana również intensywną) stawia sobie za cel zrozumienie znaczenia psychotycznych objawów, zintegrowanie doświadczenia psychozy, rozwój osobowości oraz redukcję wrażliwości. W psychoterapii racjonalnej terapeuta odnosi się do zdrowych obszarów w psychice pacjenta (obszary te są dostrzegane i wzmacniane), zaś przestrzenią dialogu jest realność. Terapeuta identyfikuje się z rolą wyznaczoną mu przez społeczeństwo. Według koncepcji romantycznej, każdy ma część psychotyczną – jak pisał Bion, jesteśmy bardziej podobni do pacjentów niż różni od nich. Narzędziem pracy terapeutycznej jest relacja, która przez przeniesienie i przeciwprzeniesienie staje się obszarem dialogu. Psychoterapeuta w relacji jest przede wszystkim samym sobą, w mniejszym stopniu przedstawicielem społeczeństwa i panujących w nim zasad. Być może obie te wizje nie muszą się wykluczać, zaś oscylacja pomiędzy dwoma podejściami w trakcie pracy terapeutycznej jest wyznaczana przez kontekst społeczny i oczekiwania pacjenta oraz indywidualną gotowość terapeuty do wyjścia poza lekarską rolę [9].

Badania nad psychoterapią schizofrenii

Wobec zmieniających się w czasie kryteriów diagnostycznych, wielości koncepcji patogenezy i zmian metodologii badań schizofrenii, trudno oczekiwać jednoznacznych wyników badań. W literaturze zazwyczaj spotyka się opisy pojedynczych procesów psychoterapeutycznych, prowadzonych głównie w podejściu psychoanalitycznym oraz analizę wyników wyraźnie zdefiniowanych programów terapeutycznych, oceniających efekty leczenia (od lat siedemdziesiątych publikowane są wyniki badań nad terapią grupową oraz przez ostatnie dwa dziesięciolecia wyniki badań nad psychoterapią poznawczo-behawioralną).

1. Skuteczność psychoterapii psychodynamicznej

Większość psychoanalityków uważa, że u pacjentów ze schizofrenią problemy emocjonalne mają znaczenie pierwotne w porównaniu z poznawczymi, choć trudniej je badać w sposób systematyczny i empiryczny. Za wskaźnik tej trudności można uznać fakt, że jedyne badania dotyczące psychodynamicznej psychoterapii schizofrenii, włączone przez badaczy grup Cochrane do przeglądów systematycznych zgodnych z Medycyną Opartą na Faktach (Evidence Based Medicine), przeprowadzone z randomizacją i grupą kontrolną, to badania kalifornijskie May, Tuna i Yale [10] oraz badania Gundersona [11]. Te pierwsze prowadzono podczas psychoterapii pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, podczas ich pobytu w szpitalu,

przez okres 6 do 12 miesięcy. Z badania wyłączono pacjentów z najlepszym i najgorszym rokowaniem. 228 pacjentów podzielono na pięć grup, stosując odpowiednio: indywidualną psychoterapię, psychoterapię i farmakoterapię, samą farmakoterapię, elektrowstrząsy i terapię milieu. Najwyższą skuteczność stwierdzono w grupie pacjentów z farmakoterapią, dołączenie psychoterapii nie poprawiało efektywności leczenia, jednak skracało czas pobytu w szpitalu. Zwraca jednak uwagę fakt, że terapia prowadzona była przez rezydentów bez przygotowania psychoterapeutycznego oraz w środowisku sceptycznym wobec psychoterapii.

Badania Gundersona porównywały psychoterapię eksploratywną, nastawioną na wgląd, z treningiem umiejętności społecznych. Wszyscy pacjenci (164 osoby) otrzymywali standardowe dawki leków, a terapia prowadzona była przez co najmniej dwa lata, również po opuszczeniu szpitala. Zaobserwowano różnice w kierunku zmian – w grupie pierwszej (poddanej terapii eksploratywnej) była to poprawa w funkcjach ego, dotycząca myślenia i wglądu w chorobę. Zmniejszyła się także tendencja do zaprzeczania choroby, ale zaobserwowano nasilenie lęku i depresji. Pacjenci z drugiej grupy lepiej funkcjonowali społecznie i częściej byli zatrudniani, częściej także obserwowano spadek lęku i depresji. Ci pacjenci, którzy porzucili program, często pozostawali w leczeniu w innych placówkach, zaś wyniki leczenia nie były gorsze niż u pacjentów z programu.

Grinspoon [12], opisując wyniki badań nad psychoterapią zorientowaną psychoanalitycznie, prowadzoną na grupie 20 pacjentów (leczonych co najmniej trzy lata w Boston State Hospital) przez kompetentnych terapeutów, ocenia stosunek efektywności leczenia farmakologicznego do psychoterapeutycznego jak trzy do dwóch. Kombinacja tych metod leczenia nie miała wpływu na wyniki.

2. Skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej

Badania Tarriera i współpracowników [13, 14, 15] uwzględniały zarówno pacjentów z chorobą chroniczną, których poprzednie leczenie było niezadowolające, pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii, jak i z podwójną diagnozą (z uzależnieniem). Najczęściej testowano protokoły terapeutyczne obejmujące zestaw specyficznych technik poznawczych i behawioralnych, np. program CSE – coping strategy enhancement. U 50% pacjentów zaobserwowano poprawę w zakresie omamów i urojeń w porównaniu z listą oczekujących.

Badania Drury, Birchwood i Cochrane [16] prowadzone po 9 miesiącach od zakończenia terapii wykazały, że jedynie 5% pacjentów leczonych terapią poznawczo-behawioralną wykazywało objawy negatywne w porównaniu z 50% leczonymi wyłącznie farmakologicznie.

Granholm [17] w badaniach starszych pacjentów z chronicznym przebiegiem schizofrenii, leczonych terapią poznawczo-behawioralną, raportuje poprawę w zakresie radzenia sobie i aktywności społecznej, natomiast zmiany objawowe nie różniły się względem grupy leczonej wyłącznie farmakologicznie.

3. Skuteczność psychoterapii grupowej

Krakowskie badania dotyczące grupowej psychoterapii adolescentów z diagnozą schizofrenii z 5-letnim okresem katamnezy, nie wykazały poprawy objawowej wobec grupy kontrolnej, natomiast zaobserwowano znacząco silniejszą potrzebę relacji interpersonalnych u pacjentów poddanych takiej formie terapii [18].

Nick Kanas w opublikowanym w 1996r. przeglądzie 46 badań nad skutecznością psychoterapii grupowej wykazuje jej siedemdziesięcioprocentową skuteczność. Na oddziałach całodobowych, które miały w programie psychoterapię grupową, w 67% (22 badania z 33) wyniki były znacząco lepsze (dotyczy poprawy objawowej) niż w oddziałach bez takiej formy terapii, z kolei w leczeniu pozaszpitalnym, zarówno dziennym, jak i ambulatoryjnym, 77% badań (10 z 13) wskazywało na większą skuteczność leczenia, kiedy stosowano psychoterapię grupową. Autor zwraca uwagę, że badania prowadzone były w różnych ośrodkach, co wpływa na ich niejednorodność metodologiczną [19].

4. Skuteczność leczenia środowiskowego

Najdłuższe (siedmioletnie) polskie badania katamnesticzne przebiegu schizofrenii, prowadzone przez zespół badaczy z Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie porównywały skuteczność leczenia „środowiskowego” (oddziaływania psychospołeczne oraz psychoedukacja rodzin) i „indywidualnego” (leczenie ambulatoryjne po opuszczeniu szpitala). Obydwie grupy liczyły po 40 pacjentów. Kryteriami włączenia do badania były: pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, diagnoza schizofrenii oraz zamieszkiwanie z rodziną na terenie Krakowa. Pacjenci poddawani byli ocenie w wymiarze psychopatologicznym (m.in. nawroty i rehospitalizacje) oraz społecznym. Zaobserwowano statystycznie istotną, mniejszą ilość nawrotów (62% vs 88%) oraz mniejszą ilość rehospitalizacji stacjonarnych (49% vs 71%) wśród pacjentów leczonych w programie środowiskowym [20].

5. Ograniczenia badań

Główne ograniczenia badań nad psychoterapią schizofrenii, to: kliniczna niejednorodność schizofrenii, sztywność metodologiczna (brak możliwości zmiany postępowania klinicznego), różnice co do motywacji i potrzeb pacjentów, różnice w możliwości skorzystania z indywidualnej psychoterapii (u części pacjentów obserwowane są dobre wyniki, u innych zaś pogorszenia, gdyż psychoterapia jest dla nich nieodpowiednia – w analizie statystycznej wyniki znoszą się wzajemnie), wreszcie większość pacjentów wymaga podejścia zintegrowanego, a badanie pojedynczego sposobu leczenia nie daje rozeznania w możliwościach leczenia kompleksowego. Być może, jak pisze Alanen, należy przenieść uwagę badaczy z metod na potrzeby pacjentów oraz na określenie, co zachodzi w efektywnej a co w nieefektywnej psychoterapii, zaś badania kontrolowane odroczyć do czasu, gdy więcej będzie wiadomo o czynnikach sprzyjających powstawaniu i utrzymywaniu się relacji terapeutycznej [3].

Psychoterapia psychodynamiczna

1. Rys historyczny

Szwajcarski psychiatra, Eugen Bleuler, jako pierwszy wskazał na znaczenie indywidualnej historii chorego dla kształtowania się objawów psychotycznych. Twierdził, że halucynacje i urojenia wyrażają pragnienia, lęki i cierpienia pacjenta, ukryte w symbolicznej formie. Podkreślał on rolę stabilnego związku z lekarzem oraz znaczenie katharsis i wsparcia w terapii [21]. Podwaliny pod psychoanalityczne rozumienie schizofrenii dały prace Freuda, w których ujmuje on przeżycie psychozy w oparciu o swoją teorię aparatu psychicznego i wewnątrzpsychicznego konfliktu. Określał on psychozę jako konflikt pomiędzy ego a światem zewnętrznym. Ego pacjenta nie radzące sobie z naporem sił popędowych (id) odwołuje się do regresywnych mechanizmów obronnych, wycofuje z rzeczywistości i tworzy niedostępny dla innych świat psychozy. Freud uważał, że psychotyczni pacjenci nie są zdolni do nawiązania relacji przeniesieniowej, gdyż są zbyt obwarowani murem swojej choroby (wycofują libido z obiektu), nie mogą więc skutecznie poddać się psychoterapii [22]. Koncepcję tę podważyli, w oparciu o własne kliniczne doświadczenia, Frieda Fromm-Reichmann i Paul Federn. Frieda Fromm-Reichmann opisuje intensywną (spotkania pięć razy w tygodniu) i długotrwałą (rzędu kilku lat) terapię analityczną chorych na schizofrenię prowadzoną w słynnym szpitalu Chestnut Lodge, który poświęcił się wyłącznie leczeniu psychoz. Ona sama odeszła od ortodoksyjnych reguł psychoanalizy (jak kozetka, stały czas sesji, praca w oparciu o wolne skojarzenia) i dostosowała psychoanalityczny setting do możliwości chorego na schizofrenię. Za najważniejszy cel terapii uznawała zmniejszenie poczucia lęku i zagrożenia pacjenta na tyle, aby mógł zrezygnować z psychotycznych obron i utrzymać kontakt z terapeutą [23]. Z kolei Federn koncentrował się na zwiększeniu skuteczności dojrzałych mechanizmów obronnych pacjenta i wzmocnieniu granic ego, które u chorujących na schizofrenię zawiera niedostatek „narcystycznego libido”. Dążył on do integracji psychotycznego doświadczenia bez odwoływania się do wglądu i analizy

przeniesienia [24]. Kolejną ważną postacią w rozwoju psychoterapii schizofrenii była przedstawicielka tzw. szkoły brytyjskiej, Melania Klein. Opisała ona rolę rozszczepienia i identyfikacji projekcyjnej w kształtowaniu się mechanizmów psychotycznych. W przebiegu prawidłowego rozwoju niemowlę projektuje części siebie (self, wewnętrzne obiekty) na zewnątrz. Części te nie ulegają w procesie projekcji znaczącym modyfikacjom i mogą zostać ponownie włączone w ego. W wyniku kombinacji niekorzystnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych, kiedy lęk i wrogie impulsy charakterystyczne dla fazy schizoidalno-paranoidalnej stają się zbyt intensywne, dochodzi do innego rodzaju identyfikacji projekcyjnej. Projektowana część jest rozszczepiana na drobne fragmenty, które, umieszczane w obiekcie, dezintegrują go i fragmentują, co nie pozwala na ich wtórną introjekcję i spójną integrację w ego. Rzeczywistość jawi się jako prześladowcza. Jej unikanie jest realizowane przez rozszczepienie ego i atak na aparat spostrzeżeniowy. Powstaje w ten sposób błędne koło zjawisk psychicznych, w którym negatywne rzeczywiste wydarzenia prowadzą do patologicznej identyfikacji projekcyjnej, co z kolei sprawia, że rzeczywistość zewnętrzna staje się w przeżywaniu coraz bardziej prześladowcza i bolesna. Celem terapii według Klein jest rekonstrukcja rozszczepionego ego i dalszy jego rozwój przez fazę schizoidalno-paranoidalną. Zmiana ta jest możliwa przez nawiązanie głębokiej relacji terapeutycznej, analizę przeniesienia i wzmacnianie mniej zaburzonych elementów ego [25].

Harry Stack Sullivan, twórca eksperymentalnego oddziału dla chorujących na schizofrenię w szpitalu Sheppard Pratt, reprezentował podejście interpersonalne. Uznawał, że symptomatologia schizofrenii wynika z takiej relacji rodzic – dziecko, która uniemożliwia zdobycie wzorców eliminujących lęk i tworzy zniekształconą percepcję relacji [26]. Z kolei Cameron w patogenezie schizofrenii wskazywał na brak umiejętności społecznych („desocjalizację”) i wycofanie się w „pseudowspólnotę”, tworzoną z wyobrażonymi przedmiotami [27]. Arthur Janov, twórca Pierwotnej Terapii, za przyczynę schizofrenii uznawał depryzację najwcześniejszych, naturalnych potrzeb jednostki, co prowadzi do „pierwotnego bólu” (Primal Pain), a nawet śmierci. Aby ich uniknąć, człowiek dokonuje rozszczepienia między uczuciami a świadomością, zaś niezaspokojone potrzeby znajdują ujście w innych sferach. Powstają wówczas potrzeby nienaturalne: neurotyczne lub symboliczne. W wyniku rozszczepienia powstaje fałszywe „ja”, obok „ja” prawdziwego i cierpiącego. Psychoza jest więc takim pogłębieniem rozszczepienia neurotycznego, w którym powstaje nowa jakość egzystencji, zanika związek z rzeczywistością i następuje pogrążenie w symbolizmie [28]. Michael Robbins, podejmując próbę integracji badań neurobiologicznych z teorią psychoanalityczną, uważa, że u chorych na schizofrenię istnieje defekt w organizacji i przyporządkowywaniu bodźców, wyrażający się w awersji do kontaktu z innymi ludźmi. Związana z nim niewydolność psychologicznego różnicowania i integracji prowadzi do trudności w regulowaniu wewnętrznej i zewnętrznej stymulacji, szczególnie w odniesieniu do złości. Wczesny rozwój osoby ze schizofrenią cechuje symbioza „prototypowa”, będąca globalnym i nieodróżnionym przystosowaniem się do innych. Istotą psychoterapii jest zaangażowanie się w tę patologiczną, prototypową symbiozę i stymulowanie rozwoju chorego w kierunku normalnej symbiozy (opisywanej m.in. przez Mahler), sprzyjającej wzrastaniu, różnicowaniu i rozwojowi autonomii [29].

2. Przebieg terapii

Wymieniane w literaturze cechy indywidualnej, intensywnej, psychodynamicznej psychoterapii schizofrenii to: fakt, że psychoterapia jest możliwa do zastosowania, przeciwwskazany jest klasyczny setting psychoanalityczny (m.in. terapia prowadzona na koczce, w pozycji leżącej – potrzebny jest kontakt twarzą w twarz, w celu wyraźnego osadzenia pacjenta w rzeczywistości), ważniejszą rolę w terapii odgrywa teraźniejszość niż przeszłość oraz obowiązuje duża ostrożność w podawaniu interpretacji [30]. Częstość spotkań nie przekracza jednej do trzech sesji tygodniowo, z minimalnym czasem trwania terapii rzędu

dwóch lat (fińskie doświadczenia wskazują na celowość dłuższej relacji terapeutycznej, od czterech do dziesięciu lat). Ważną rolę odgrywają indywidualne cechy terapeuty. Musi być on zdolny do poradzenia sobie z wysokim poziomem frustracji, odporny na brak narcystycznych wzmocnień oraz posiadający satysfakcjonujące życie osobiste. Terapeuta prezentuje się jako osoba realnie osadzona w życiu, by nie prowokować fantazji pacjenta na własny temat. Ważna jest jego elastyczność i respekt dla najdziwniejszych doznań pacjenta. Właściwości te wiążą się z dojrzałością emocjonalną terapeuty – kluczową cechą jest kształtująca się w pierwszym roku życia cecha „podstawowej ufności” (basic trust). Cechy nabywane w drodze identyfikacji z matką są bowiem niezbędne do holdingu („obejmowania”) pacjenta [30]. Według niektórych źródeł, trudniej jest prowadzić terapię mężczyznom, gdyż mają oni większą naturalną tendencję do tłumienia lub zaprzeczania macierzyńskim, „obejmującym” uczuciom, jako zagrażającym męskości [3]. W terapii należy unikać nadmiernej emocjonalności jak i racjonalności (ogromne znaczenie ma pozostawanie w superwizji). W warunkach oddziały istotna jest również kwestia doboru członków personelu do pacjenta, gdyż relacje terapeutyczne tworzące się spontanicznie, na poziomie procesu pierwotnego, będą bardziej owocne niż wybór na poziomie racjonalnym (niektórzy terapeuci opisują doświadczenie „natychmiastowego zaangażowania, opiekuńczego przeciwprzeniesienia” w reakcji na chorego). Gdy to pacjent wybiera terapeuta, prawdopodobne jest, że uczyni to pod wpływem motywacji na poziomie psychotycznym, co może nasilać procesy natury przeniesieniowej i przeciwprzeniesieniowej. Zwykle jednak korzyści z takiej sytuacji przewyższają potencjalne trudności (dopasowanie terapeuty i pacjenta usprawnia wzajemne procesy introjekcyjne) [3]. Badania Cechnickiego i współpracowników dotyczące czynników wpływających na ocenę relacji pomiędzy pacjentami a ich terapeutami wykazały, iż najistotniejszą rolę w relacji terapeutycznej (niezależnie od jej kontekstu) odgrywała wzajemna akceptacja (osobistych cech) pacjenta i terapeuty [31].

Największe szanse na skuteczną psychoterapię mają osoby młode, z doświadczeniem remisji po poprzednich (nie więcej niż dwóch) zachorowaniach na schizofrenię lub w trakcie wczesnego epizodu psychozy. Czynnikiem korzystnym rokowniczo jest mocne osadzenie pacjenta w rzeczywistości, a więc praca, studia, zainteresowania, ważne relacje – czyli elementy wskazujące na siłę ego pacjenta, stanowiące zasoby, do których można się odwoływać w terapii [32].

Według orientacji psychodynamicznej w relacji terapeutycznej kluczowa jest praca z przeniesieniem oraz przeciwprzeniesieniem jako wspólną, dzieloną przez pacjenta i terapeuta rzeczywistością. Jak pisze Kostecka, najważniejszym jest stworzenie związku i trwanie przy pacjencie bez względu na intensywność uczuć, jakie to trwanie wyzwala, oraz powolne budowanie kontaktu. Autorka sugeruje, że pomocną techniką przy nawiązywaniu kontaktu, szczególnie z pacjentami głęboko zaburzonymi, może być technika pre-terapii zaproponowana przez Prouty’ego. Jest ona oparta na koncepcji Rogersa, według której kontakt jest rozumiany jako wzajemne oddziaływanie i zauważanie tego. Polega ona na pełnej niedyrektywności, czyli poddawaniu się prowadzeniu pacjenta. Nawiązując relację z chorym, terapeuta odzwierciedla wszelkie przejawy jego zachowania (a więc mimikę, gesty) oraz powtarza słowa, które wychwycił z jego monologu. Odzwierciedlanie zachowań pacjenta daje mu poczucie potwierdzenia jego obecności i kontaktowania się z nim. Technika ta przekształca kontakt na silniej osadzony w rzeczywistości i umożliwia rozwój ego w kierunku głębszej integracji, co umożliwia podjęcie dalszej, intensywniej psychoterapii [33]. Jednym z najistotniejszych środków komunikacji jest przeciwprzeniesienie, traktowane zarówno jako źródło informacji o stanie wewnętrznym pacjentów głęboko zaburzonych, niezdolnych do nazwania swoich przeżyć, jak i źródło zmiany stanu pacjenta. Przeżywając uczucia przeciwprzeniesieniowe, np. gniew, terapeuta podlega rozszczepieniu między samym uczuciem a rozpoznaniem go jako projekcji paranoidealnej złości pacjenta. Rozszczepienie

dokonywa się więc między doświadczeniem uczucia, a jego tolerancją. Ta wewnętrzna przemiana ułatwia pacjentowi identyfikację mającą na celu uporanie się z własnym gniewem. Im głębiej zaburzony pacjent, tym bardziej identyfikuje się nie tyle z działaniami terapeuty, ile z funkcjami jego ego zaangażowanymi w interakcję. Oferowanie siebie przez terapeutę oznacza przede wszystkim możliwość przyjęcia przeżyć pacjenta w obręb własnych, ogarnięcie ich i przetworzenie, raczej niż prezentowanie siebie jako modelu do identyfikacji (zachęcanie pacjenta do działań, dawanie wskazówek może być odebrane jako intruzja i doprowadzić do zerwania kontaktu) [30]. W centrum procesu przeciwprzeniesienia znajduje się odczuwana przez terapeutę identyfikacja projekcyjna, zaś jej modyfikowanie jest kluczowe dla psychoterapii. W modelu komunikacyjnym Cashdana wyróżnione są cztery podstawowe identyfikacje projekcyjne. Są nimi: zależność, siła, seks oraz ingrაცja (zaskarbienie sobie względów). W reakcji na indukcję zależności terapeuta czuje przymus pomocy i potrzebę opieki, chce dawać rady i wskazówki. W reakcji na indukcję siły może czuć się bezradny i pełen wątpliwości co do swoich umiejętności terapeutycznych. W reakcji na indukcję seksualności terapeuta jest zainteresowany detalami z doświadczeń seksualnych pacjenta, miewa fantazje erotyczne. W reakcji na indukcję ingrაცji czuje się zobowiązany wobec pacjenta, aby spełniać jego wymagania, gotów do wybaczenia i zwalniania z odpowiedzialności [32]. Po ustaleniu związku oraz tolerancji przeniesienia i przeciwprzeniesienia istotą pracy staje się dążenie do przepracowania połączonego z wglądem, polegające na uświadomieniu pacjentowi funkcji i znaczenia objawów psychotycznych oraz integracji zakrytych psychoz przeżyć [32]. Zupełne pomijanie symboliki objawów byłoby takim błędem, jak ignorowanie treści snów w psychoanalizie, jednak nie wszystkie odkrywane treści muszą być interpretowane (brak możliwości oddzielenia opisu od przeżycia sprawia, że pacjent przeżywa interpretację tak, jakby się właśnie działa) [34]. Być może dla pacjenta najważniejsza jest świadomość, że jest rozumiany na głębszym niż słowny poziomie. Interwencje powinny być krótkie, proste, z użyciem języka, symboliki i sposobu obrazowania chorego. Kluczowe jest uchwycenie momentu, w którym pojawiają się objawy psychotyczne, ponieważ to odkrywa ich rolę, np. koncentrowanie na sobie troski i zainteresowania czy chronienie przed intruzją. Bezpośrednia analiza funkcji objawów może być więc cenniejsza dla pacjenta, niż słowna interpretacja ich treści.

Glita w rozważaniach dotyczących pracy z pacjentem z deficytem (czy też defektem, w rozumieniu Pine'a, obejmującym wadliwy rozwój funkcji ego: obronnych, adaptacyjnych, związanych z testowaniem rzeczywistości) zwraca uwagę na trudność rozgraniczenia, kiedy bezradność i wyczerpanie terapeuty mogą stanowić o diagnozie deficytu u pacjenta (szczególnie psychotycznego), kiedy zaś są zgeneralizowaną reakcją przeciwprzeniesieniową (skłaniającą do postrzegania chorego jakby składał się wyłącznie z deficytów i pozbawiony był obszarów konfliktowych), przedwcześnie wykluczającą stosowanie elementów wglądowych w terapii. Sugeruje, że wielu terapeutów intuicyjnie diagnozuje obszary deficytowe podczas pracy z pacjentem, porzucając terapię eksploratywną na rzecz wspierającej i dostarczającej (w pewnej mikroskali) brakujących doświadczeń we wcześniejszym rozwoju chorego. Autor pisze o paradoksie, polegającym na tym, iż diagnoza niewyrównywalnego deficytu może być potwierdzona dopiero przez porażkę terapeutyczną. Wskazuje także na znaczenie dylematu, czy różne cechy pacjenta i jego środowiska rodzinnego uznać za deficytowe (i niewyrównywalne), zmierzając raczej w kierunku rehabilitacji niż leczenia [35].

Searles, twórca modelu integrującego teorię deficytu i konfliktu w indywidualnej psychoterapii osób z diagnozą schizofrenii, wyróżnia pięć etapów w terapii pacjentów psychotycznych [36]. Są to, kolejno: faza „dyskontaktu”, ambiwalentnej symbiozy, symbiozy, rozwiązywania symbiozy oraz okres od rozwiązania symbiozy do zakończenia terapii. Faza

dyskontaktu charakteryzuje się brakiem bezpośredniego dostępu terapeuty i samego pacjenta do jego uczuć. Na tym etapie terapeuta powinien być otwarty i neutralny, jego podstawowym zadaniem jest wytrzymanie naporu uczuć wynikających z identyfikacji projekcyjnej. Kolejny etap (ambiwalentnej symbiozy) jest odbiciem osiowego konfliktu psychozy – rozdarcia między potrzebą związku, a lękiem przed pochłonięciem. Odzwierciedla on zaburzenia związków pacjentów z obiektem self, które wydają się być na krańcach kontinuum: z jednej strony znajdują się pacjenci cierpiący z powodu ubóstwa wczesnych związków z obiektem, a z drugiej strony pacjenci, którzy doświadczyli niezwykle silnych i wiążących związków. Wspólnym mianownikiem jest brak empatycznej odpowiedzi obiektu self, wspierającej indywidualny rozwój. Terapeuta w tej fazie rozpoznaje w sobie uczucia oscylujące między czułością a pogardą do pacjenta, między gniewem a współczuciem wobec niego. Kiedy czas spędzany z pacjentem staje się dla terapeuty przyjemnością i jest wysycony wzajemną serdecznością, można zakładać, iż relacja terapeutyczna osiągnęła fazę symbiozy, zaś terapeuta przeniesieniowo funkcjonuje w roli „dobrej matki”. Podstawowym niebezpieczeństwem tego etapu jest zawiązanie przez terapeuta i pacjenta „wspólnej unii przeciwko światu” oraz poczucie terapeuty, że jest jedyną osobą, która rozumie chorego i może mu pomóc. Rozpoznanie i opracowanie uczuć powstających w tym etapie umożliwia przejście do fazy separacji. Kluczowe w niej jest podejmowanie pracy nad odpowiedzialnością pacjenta za swoje życie (także chorobę), wzmacnianie jego wyborów oraz szacunek wobec rodzącej się autonomii. Końcowy etap terapii jest stopniowym rozluźnianiem kontaktu, z zachowaniem gotowości na ponowną intensyfikację spotkań i relacji terapeutycznej w razie pogorszenia stanu pacjenta. Gotowość terapeuty do wznowienia pracy z pacjentem (począwszy od pierwszych faz) powinna utrzymywać się także po zakończeniu terapii (w przypadku nawrotu psychozy). U części pacjentów integracja staje się jednak na tyle głęboka, a ego na tyle silne, że nie dochodzi do nawrotów choroby (według Warnera odsetek wyleczeń waha się od 12 do 23%, zaś „wyleczeń społecznych” od 29 do 44%) [37].

Bielańska [38] w rozważaniach dotyczących psychoterapii pacjentów psychotycznych przywołuje zdanie Herberta Rosenfelda [39], który uważa, że tak intensywne zaangażowanie w relację z pacjentem, jakie proponuje Searls, jest nadmierne. Według niego terapeuta, który „działa” z pacjentem (wchodzi w symboliczne przeniesienie jako stan wzajemnej zależności, w której terapeuta czuje się zależny od pacjenta tak, jak pacjent od terapeuty) nie prowadzi do wzmocnienia ego pacjenta. Terapeuta potrzebuje takiego dystansu, który pozwala mu na analizę i interpretację, a poprzez to dawanie pacjentowi oparcia i wzmacnianie jego „ja”.

Ważnym jest, aby intensywną terapię psychodynamiczną rozpoczynać wówczas, kiedy istnieją warunki do istnienia wystarczająco długiej i ciągłej relacji. Warto także mieć na uwadze duże koszty, jakie ponosi pacjent, szczególnie w początkowych etapach terapii. Chory może odbierać terapeuta jako intruzywnego, manipulującego, co zwiększa poczucie zagrożenia, nasila lęk i objawy psychotyczne. Intensywność uczuć przeniesieniowych (znajdująca odbicie w intensywności materiału przeciwprzeniesieniowego) bywa przyczyną zerwania terapii mimo umiejętności terapeuty [32]. Najważniejsze zagrożenia dla terapeuty to: nierealistyczne cele stawiane pacjentowi i sobie, trudność w czerpaniu gratyfikacji, nieumiejętność zaakceptowania potrzeby zależności oraz niedoceniać zagrożenia rodziny chorobą. Nierozpoznanie tych trudności może prowadzić do frustracji, utraty nadziei i wypalenia terapeuty [40]. Czynniki pozwalającymi utrzymać właściwy dystans i równowagę są, według Ogdena: trening teoretyczny, analiza własna, doświadczenie, psychologiczna mądrość, wiedza oraz dysponowanie językiem psychologicznym [33].

Podsumowując, warto jeszcze raz podkreślić, że w procesie zmiany pierwszoplanowa wydaje się nie tyle stosowana metoda, ile relacja terapeutyczna jako „jądro zmiany” oraz gotowość terapeuty do ogarniania i przetwarzania uczuć pacjenta w obrębie własnych przeżyć, zaś

leczenie powinno się koncentrować nie tyle na środkach i narzędziach zmiany, ile na samym pacjencie [32].

Adres do korespondencji:

lek. med. Agnieszka Murzyn

Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków

e-mail: agnieszka.bialas@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa: PZWL; 1972.
2. Bomba J. Psychoterapia w leczeniu osób z zaburzeniami z grupy schizofrenii. W: Meder J, Sawicka M. red. Psychoterapia schizofrenii, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. s.7-11.
3. Alanen YO. Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: IPiN; 2000.
4. Cechnicki A., Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii, W: Bomba J. red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, str. 37 - 47.
5. Meder J. Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”; 1999.
6. Cechnicki A. Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia w obszarze społecznym. Krakowskie prospektywne badania przebiegu schizofrenii. W: Badania nad schizofrenią. Lublin, 1998; 1:37-48.
7. Cechnicki A, W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej - 30 lat doświadczeń krakowskich. Pro memoriam Professor Antoni Kępiński. Psychoterapia. 2009; 3 (150): 43-55.
8. Wciórka J. Czy schizofrenia jest chorobą uleczalną? W: Cechnicki A, Bomba J. red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie 3, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004. s.25-27.
9. Namysłowska I. Romantyczna a racjonalna wizja psychoterapii schizofrenii. W: Cechnicki A, Bomba J. red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004. s.13-14.
10. May PRA, Tuna AH, Yale CI. Schizophrenia: follow-up study of results of treatment. Arch. Gen. Psychiatr. 1976; 38: 474-486.
11. Gunderson JG et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. Schizophr. Bull. 1984; 10, 4: 564-598
12. Grinspoon L, Ewalt J, Shader R. Schizophrenia: Pharmacotherapy and psychotherapy in chronic schizophrenia. Am. J. Psychiatry 1968; 124, 12: 1645-52.
13. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. Br. J. Psychiatry. 1993; 163: 409-410.
14. Tarrier N et al. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. Br. J. Psychiatry. 2004; 184: 231-239.
15. Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N. i wsp. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. Br. J. Psychiatry. 2003; 183: 418-426.
16. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Five-year follow-up. Br. J. Psychiatry. 2000; 177: 8-1.
17. Granholm E et al. A randomised controlled trial of cognitive behavioral social skills training for Middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. Am. J. Psychiatry. 2005; 162: 520-529.
18. Orwid M. et al. 5-year follow-up study of adolescent schizophrenics. Psychopathological dynamics and results of group psychotherapy. Jorstad J, Ugelstad E. red. Schizophrenia 75. Oslo, Universitetsforlaget. 1976; 373-386.
19. Kanas N. Group Therapy for Schizophrenic Patients. Washington: American Psychiatric Press; 1996, cytowane za: Cechnicki A, Bielańska A. Psychoterapia grupowa w leczeniu schizofrenii. W: Cechnicki A, Bomba J. Schizofrenia. Różne konteksty różne terapie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004. S. 142-144.
20. Cechnicki A, Prospektywne badania przebiegu schizofrenii - nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia. Postępy Psychiatrii i Neurologii; 1997, 5: 7-15.
21. Bleuler E. Dementia Praecox or The Group of Schizophrenias. New York: Intern. Univ. Press; 1950.
22. Freud S. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: PWN; 1994.
23. Fromm-Reichmann F. Psychoanalysis and Psychotherapy; Selected Papers of Frieda Fromm-Reichmann. Chicago: Chicago Univ. Press; 1959, cyt. za [32].
24. Federn P. Ego psychology and the psychoses. Oxford: Basic Books; 1953, cyt. za [32].
25. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.

26. Sullivan HS. Conceptions of modern psychiatry, Washington: William Alanson White; 1946.
27. Cameron N. The Psychology of behavior disorders. Boston: Houghton Mifflin; 1947.
28. Janov A. The primal scream. London: Sphere Books LTD; 1973, cyt. za: Tsirigotis K, Gruszczyński W. Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2005.
29. Robbins M. Experiences of Schizophrenia. New York: Guilford Press; 1993.
30. Kostecka M. Rola przeciwprzeniesienia w indywidualnej psychoterapii schizofrenii. W: Bomba J red., Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s.11-12.
31. Cechnicki A, Chechlińska M, Stark M, Wojnar M. Czynniki wpływające na ocenę relacji pomiędzy pacjentami chorymi na schizofrenię a ich terapeutami w dwu różnych kontekstach terapeutycznych. Psychoterapia. 1999; 2, 109: 35-49.
32. Kostecka M. Dynamiczna indywidualna psychoterapia schizofrenii. W: Bomba J. red. Psychoterapia schizofrenii. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. s.47-52.
33. Eisenthal Sh. Recognition of and Response to Countertransference: Psychoanalytic and interpersonal approach. W: Scott Rutan J. red. Psychotherapy for the 1990s. Guilford Press; 1992, .s.139-165, cyt. za [30] i [32].
34. Aleksandrowicz D. Psychoterapia schizofrenii: leczenie czy złuda? W: Bomba J, Rostworowska M, Müldner-Nieckowski Ł. red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie 4, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. s.79-80.
35. Glita P. Pojęcia deficytu i defektu w procesie psychoterapii. Psychoterapia. 2009; 4, 151: 5-16.
36. Searles HF. Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. Br. J. Med. Psychol. 1961; 34: 169-193.
37. Warner R. Recovery from schizophrenia. Psychiatry and political economy. Hove: Brunner and Routledge; 2004, cyt. za [6].
38. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. Psychoterapia. 2006; 3(138): 75-86.
39. Rosenfeld H. Impasse and interpretation. London: Routledge, publ. in association with the Institute of Psycho-analysis; 1999.
40. Lamb HR. Some reflections on Treating Schizophrenics. Arch. Gen. Psychiatry, 1986; 43: 1007-1011.